El bebé prematuro en el hogar

Índice

1. Introducción .4
2. Adaptación al cambio .4
3. Anotaciones .5
4. El medio ambiente .5
Temperatura .5
Higiene ambiental .6
5. La colaboración familiar .7
6. Las visitas .8
7. Las salidas .8
8. Higiene del niño .9
9. La alimentación del bebé .10
10. El sueño .11
11. El llanto .12
12. El chupete .12
13. El primer control .13
14. El trabajo interdisciplinario .13
15. Seguimiento: pautas de normalidad y signos de alarma .14
La edad corregida .14
La visión .14
La audición .15
El lenguaje .15
El crecimiento y desarrollo .16
16. La prevención de infecciones .16
17. Las vacunas y los anticuerpos .17
18. La prevención de accidentes .18
19. Recomendaciones para disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante .19
20. Signos de alarma .21
21. Fuera del hogar y con otras personas .21
22. Teléfonos útiles .22
23. Conclusión .22

1. Introducción

Uno de los desafíos más grandes para la familia de un bebé que nació antes de tiempo, es cuidar y educar a su hijo sin considerarlo un prematuro para toda la vida. Se necesitan semanas y a veces meses o años para dejar atrás esta experiencia de vulnerabilidad y dependencia.

Los primeros pasos en el hogar, son los pasos de una familia convaleciente de los cuidados intensivos. Un buen vínculo con el equipo de seguimiento y con el pediatra de cabecera, son los apoyos necesarios para empezar el camino, hasta sentirse seguros.

Los niños prematuros nacidos con menos de 1500 gramos merecen un seguimiento especial hasta la edad escolar, para observar su crecimiento y desarrollo y su adaptación a la vida familiar y social. El médico pediatra de cabecera será el que controle el crecimiento, acompañe en las enfermedades habituales de la infancia y coordine las intervenciones sugeridas por el equipo de seguimiento de prematuros.

Durante el primer año de vida, los controles serán mensuales o más seguidos si se justifica por alguna condición clínica. El segundo año pueden espaciarse cada 3 meses y a partir del tercer año, cada 6 meses.

2. Adaptación al cambio

La nueva etapa en el hogar requiere un proceso de adaptación tanto del niño como de sus padres. La transición no es difícil si hubo un tiempo de aprendizaje dentro de la Unidad de Neonatología. En las últimas semanas de internación, la atención del niño debiera estar a cargo de la familia, guiada por los profesionales del servicio. Los cuidados abarcan la alimentación, la higiene y los tratamientos necesarios.

En casa, el medio ambiente es diferente y habrá que cuidar especialmente la temperatura, la ventilación y la higiene del lugar donde está el bebé. El entorno de personas es más diferente aún. En la Unidad de Neonatología hay reglas básicas de prevención de infecciones, como la restricción del ingreso de personas, el lavado de manos antes y después de tocar a los recién nacidos, el aislamiento de las personas con procesos virales. En el hogar,

cumplir y hacer cumplir estas reglas queda a cargo de los padres y de las personas que colaboren con ellos.

3. Anotaciones

Puede ser de utilidad para la familia, durante los primeros días o semanas, tener un cuaderno para registrar los controles y las actividades de sus hijos: temperatura, alimentación (horario y cantidad), deposiciones, medicación o situaciones que merezcan ser anotadas.
De esta manera van a poder ver signos de progreso y organización a través del tiempo y no van a olvidar detalles que pueden ser importantes en la consulta médica.

4. El medio ambiente

Temperatura

Durante la internación en la Unidad de Neonatología, a medida que el bebé creció y se estabilizó, la temperatura ambiental adecuada para él era la que se consideraba agradable para un adulto. Ahora en el hogar se debe buscar una temperatura neutra que no produzca sensación de calor ni de frío. Se aconseja que el ambiente esté aproximadamente a 24°C.
Habitualmente no hace falta controlar esta temperatura con un termómetro pero en algunas situaciones puede ser útil tener un termómetro de pared. Cuando los adultos de la casa tienen una sensación diferente de la temperatura y se abrigan en forma muy distinta, o cuando la temperatura no la regulan los dueños de casa sino que depende de un consorcio o llega por una losa radiante, un termómetro de pared evita los conflictos entre los adultos y los riesgos para el bebé.
La temperatura ambiental no debe superar los 24°C. Si se encuentra por encima de este valor, se puede abrir un poco una ventana, regular la calefacción o buscar alguna forma de refrescar el ambiente. Todos los métodos habituales de refrigeración y calefacción son adecuados si se usan con prudencia, para lograr una temperatura neutra y agradable.
La ropa del bebé debe ser similar a la que necesitan los adultos en el mismo ambiente. Tanto la ropa de vestir como la ropa de cama deben ser de telas adecuadas a la estación del año y a la temperatura ambiental. Si bien se dice que los niños pequeños deben tener una prenda más que los adultos, se entiende que esa

prenda debe ser liviana en verano y más gruesa en invierno, y que nunca debe provocar acaloramiento en el bebé.
Recordar que los prematuros pierden calor también por la cabeza, de modo que por debajo de 20°C de temperatura ambiental, dentro o fuera de la casa, deben usar un gorrito. Las manos y los pies son normalmente fríos y oscuros, no irradian calor y no es necesario protegerlos. Las medias y escarpines son un hermoso adorno durante un paseo (y evitan comentarios de personas bien intencionadas pero mal informadas).
Con un ambiente agradable y la ropa adecuada no es necesario controlar la temperatura al bebé, pero puede suceder que, acostumbrados a los controles diarios durante la internación, los padres se sientan más seguros si toman la temperatura del niño durante los primeros días.
Deben recordar que toda temperatura que se escriba con 36°C es normal. Si el bebé tiene menos de 36°C, se debe observar si la temperatura ambiental y la ropa son adecuadas. Si no se encuentra una explicación para el descenso de temperatura, es importante consultar al médico.
Lo mismo por encima de 37°C, que puede deberse a exceso de abrigo o de temperatura ambiental. Si no se logra corregir esta temperatura adecuando el ambiente y la ropa, se debe consultar al médico.

Higiene ambiental

El bebé debe respirar siempre aire puro, libre de humo, tanto en el hogar como en el vehículo en el que se desplaza. Dada la inmadurez de su centro respiratorio se debe evitar además, que el niño inhale perfumes, desinfectantes y aerosoles de cualquier tipo.
El hogar no tiene que ser un lugar estéril sino un lugar limpio y ventilado. Es conveniente realizar la limpieza cuando el bebé no se encuentra presente en ese lugar. Las personas que conviven con el niño, deben lavarse las manos con agua y jabón antes de atenderlo. No es necesario que se utilicen soluciones antisépticas. El alcohol gel es práctico dentro del hogar.
Cuando una persona padece una infección viral (resfrío, tos, catarro, dolor de garganta, fiebre) es aconsejable que no se acerque al bebé. La excepción es la madre, que lo atiende y alimenta. En su caso debe lavarse bien las manos porque al sonar la nariz o tapar la boca para toser, los virus quedan en las

manos y pueden contagiar al niño. Si tiene estornudos o tos, debe usar un barbijo para atender al niño. No se debe suspender el amamantamiento porque la leche materna también le transmite al bebé los anticuerpos elaborados por la madre para defenderse de ese virus. El resto de los convivientes es preferible que no se acerquen al niño. Los no convivientes, con enfermedades virales no deberían ingresar al hogar.

Las mascotas forman parte de la familia muchas veces desde antes del nacimiento del niño. Hay aspectos del cuidado que deben ser analizados con el médico veterinario: características de la raza, peligrosidad, higiene, vacunas y antiparasitarios.

Otros aspectos se refieren a tratar a la mascota con el afecto habitual, permitirle oler la ropa del bebé o sus pañales, mantener territorios separados entre la mascota y el niño (ni el gato durmiendo en el moisés, ni el niño apoyado donde durmió el gato) y ser limpios. Cada vez que se toca a un animal es necesario lavarse las manos antes de atender al bebé.

Nunca se debe dejar solo a un bebé con una mascota. Los animales son curiosos y pueden voltear una cuna. Algunas razas son agresivas porque defienden su liderazgo atacando al presunto competidor. Si la mascota se elige luego del nacimiento del bebé, es conveniente asesorarse con un médico veterinario para seleccionar la raza adecuada para la convivencia con niños.

5. La colaboración familiar

Es natural que el regreso al hogar sea un acontecimiento social y comunitario pero no se puede olvidar la necesidad de ayuda y descanso que tienen los padres de un niño prematuro, después de 2 o 3 meses de idas y venidas a la Unidad de Neonatología.

Las personas más cercanas, sean familiares o amigos, son los que tienen que asumir las tareas secundarias para que los padres puedan tener más tiempo para atender a sus hijos y descansar. El orden de la casa, las compras, cocinar, lavar, hacer trámites, lleva tiempo y se pueden confiar estas tareas a personas de confianza.

También puede haber personas que ayuden con la atención del niño. En este caso deben ser capacitadas para realizar todos los cuidados en forma adecuada. Recordar que cuidar la seguridad durante el sueño es tan importante como la alimentación y la higiene.

Todas las personas que quedan a cargo del niño deben saber que durante el primer año de vida, duerme boca arriba, en una superficie firme, sin

elementos dentro de la cuna (almohadas, nidos, juguetes, ropa de cama suelta, chichoneras abultadas), con chupete si lo aceptó, en un ambiente fresco y libre de tabaco.
Cuando se toman todas estas precauciones disminuye el riesgo de muerte súbita, pero es importante que estas medidas se respeten en todas las ocasiones de sueño. Los prematuros son considerados vulnerables por su inmadurez. Su vulnerabilidad aumenta cuando se los acostumbra a dormir de una manera pero luego no se respetan estas medidas en la guardería o en el hogar, si queda a cargo de personas que no conocen estas recomendaciones para un sueño seguro.

6. Las visitas

El nacimiento de un niño es naturalmente motivo de gozo y celebración para la comunidad. En el caso de los prematuros, el festejo se posterga hasta que el niño regresa al hogar. Es conveniente que, antes del regreso, se advierta a los amigos y familiares que el niño necesita todavía cuidados y los padres tranquilidad para asumir las nuevas responsabilidades.
Las visitas debieran ser breves, de pocas personas, respetando los tiempos de descanso tanto del niño como de sus padres y preferentemente luego de unos días del egreso de la maternidad.

7. Las salidas

Existe la creencia que los recién nacidos y en particular los prematuros no pueden salir de su casa durante un tiempo (el primer mes por ejemplo). En realidad, no importa dónde está el niño sino el ambiente y las personas que lo rodean. Hay salidas forzosas como los primeros controles médicos y otras salidas posibles con fines de recreación, especialmente para la madre cuando ella se sienta bien y para los hermanos. Lo importante es que tanto en su hogar como en sus salidas, se pueda decir que el ambiente es agradable, que hay pocas personas cerca del bebé y que no se lo expone al tabaco o al contagio con personas enfermas.
El abrigo tiene que ser similar al de los adultos, pero también hay que proteger la cabeza tanto del frío como de los rayos directos del sol. Si está fresco, se usa un gorrito de algodón, y para el sol fuerte, un gorrito de playa. Las medias no son necesarias porque el niño pierde muy poca temperatura por sus manos y pies que son normalmente fríos. Como la familia suele recibir hermosas medias y escarpines de regalo, se pueden utilizar para embellecer al bebé durante los paseos. En su casa, si tiene los pies libres, el movimiento de los dedos favorece un buen desarrollo de las estructuras del pie.
En la época de calor se debe proteger al niño de las picaduras de insectos,

especialmente mosquitos que pueden transmitir enfermedades graves como el dengue. Dado que no existe una vacuna para esta enfermedad todos los esfuerzos se concentran en evitar la propagación del mosquito y la picadura de las personas. Es importante no dejar agua estancada en bebederos, recipientes vacíos o floreros. A los bebés se los debe proteger con ropa clara, de manga larga, y un mosquitero de tul sobre el cochecito o la cuna. El repelente para mosquitos (contiene DEET) se puede utilizar sobre la piel del niño después de los 2 meses de edad. Para los niños más pequeños solo se recomienda el uso de repelentes en base a citronella.

Siempre que es transportado en un vehículo, el niño debe utilizar algún sistema de retención infantil. Para los niños más pequeños se usan los "huevitos" o sillas del grupo 0 para niños de menos de 13 kg. Como los prematuros son muy pequeños, hay algunos accesorios que los contienen en forma de nido para que viajen cómodos.

Cuando un bebé viaja en brazos de un adulto, el cinturón de seguridad protege al adulto pero no debe pasar por el cuerpo del niño pues lo lastimaría en caso de un choque o frenada. El niño en esas circunstancias es despedido como un bulto hacia las paredes del habitáculo y se puede lesionar.

En cambio en la silla adecuada, viaja en el asiento trasero, mirando hacia atrás y sujeto con los sistemas de fijación del vehículo. Es recomendable que un adulto se ubique a su lado, para controlar el confort y las necesidades del bebé durante el viaje. Cuando el niño requiere ser alimentado o atendido debe detenerse el vehículo para sacarlo de su silla.

No es conveniente que el niño permanezca en el huevito una vez que han descendido del vehículo. La posición flexionada puede comprimir la vía aérea. Mientras el coche está en movimiento los estímulos mantienen una respiración efectiva pero dichos estímulos desaparecen al sacar al niño del auto y la permanencia en el huevito, dormido, puede provocar pausas respiratorias de riesgo.

8. Higiene del niño

Los padres aprendieron la técnica del baño en la Unidad

de Neonatología. Ahora lo pueden hacer con más tiempo disponible, disfrutando todos de ese momento de higiene y de juego. Se utiliza agua tibia, agradable a la mano del adulto y jabón neutro sin perfume. Para la higiene de la zona del pañal se puede utilizar agua tibia, jabón neutro, óleo calcáreo o aceite comestible si no se dispone de otro elemento.
Se debe evitar el uso de cosméticos por la gran permeabilidad y sensibilidad que tiene la piel de los niños pequeños. Algunos perfumes, jabones perfumados y toallitas de higiene, provocan reacciones en la piel con enrojecimiento, ampollas o signos de malestar para el niño. Otras sustancias farmacológicas como las pomadas cicatrizantes para la piel, usadas repetidamente con cada cambio de pañal, pueden ser tóxicas por el contenido excesivo de vitamina A, óxido de zinc u otro medicamento. Estos productos solo deben usarse bajo el asesoramiento del médico pediatra de cabecera y por un tiempo limitado.

9. La alimentación del bebé

La forma de alimentar al bebé no va a ser diferente de la que se utilizaba las últimas semanas en Neonatología. Si la madre logró mantener la lactancia, puede amamantar directamente a su hijo. Durante la internación se habrá familiarizado con la forma de extraer leche manualmente, conservarla y transportarla. Estos conocimientos pueden ser útiles cuando hay que alejarse del hogar por trabajo y otras obligaciones, para dejar su propia leche y que alguien de confianza se la administre al bebé. Otras veces se necesita la ayuda de un complemento con fórmulas lácteas, del uso de biberón o de una sonda de alimentación.
Probablemente lo que cambie un poco sea la rigidez de los horarios. En la Unidad de Neonatología se necesita cierto orden pero en el hogar es mejor una atención flexible, a demanda, para favorecer el vínculo y promover la lactancia. Los niños amamantados comen habitualmente cada 2 ó 3 horas. Si demandan espontáneamente es mejor, pero no debe preocupar si es necesario despertarlos para alimentarse, estimularlos para que continúen mamando, hasta que maduren un poco. Es muy gratificante para los padres, ver los pequeños progresos de cada día.
La producción láctea de la madre puede sufrir altibajos. Si bien el regreso al hogar es un factor a favor del aumento de la lactancia materna, también es cierto que la tentación de ocuparse de las cosas de la casa puede ser un factor en contra. Si se nota una leve disminución en la producción de leche, es bueno pensar en qué medida es causada por el exceso de trabajo o preocupaciones.
Cuando la alimentación es con biberón y fórmulas lácteas, las normas

de higiene son las aprendidas durante la internación: esterilización de los elementos con equipos para ese fin o con agua hirviendo, conservación de la leche en heladera.
La fórmula láctea para prematuros se reemplaza luego por la fórmula láctea para los primeros 6 meses de vida. No es conveniente utilizar leche de vaca durante el primer año de vida porque su composición química no es adecuada para el niño en crecimiento y puede provocar irritación y pequeñas pérdidas de sangre a nivel del intestino.
Los alimentos semisólidos (papillas) se introducen a los 6 meses de edad corregida, sin suspender la lactancia si el niño es amamantado. El pediatra de cabecera orientará en todos estos progresos y cambios.
Para los niños alimentados por sonda, es importante el acompañamiento del fonoaudiólogo quien evaluará la posibilidad de pasar a la alimentación oral, cuando considere adecuada la coordinación de la succión con la deglución y la respiración.
Durante el primer año de vida, el niño nacido prematuro debe recibir vitaminas A, C y D, para acompañar su crecimiento y también hierro para evitar la anemia.

10. El sueño

Es probable que el cambio de ambiente modifique aunque sea transitoriamente las conductas del bebé, incluidos los hábitos de sueño. El niño puede extrañar los sonidos familiares de la Unidad, desde las voces del personal de enfermería que lo cuidaba, hasta el sonido de los aparatos, alarmas y monitores.
A medida que vaya conociendo la nueva “música” del hogar se irá adaptando a ella. También, la continuidad en los cuidados y en la alimentación que le brindaron los padres en la Unidad y ahora en la casa, es una forma de facilitar la transición.
Cuando el bebé descansa no se lo debe molestar. El período de descanso es un momento de organización que favorece el neurodesarrollo. Lo ideal es que el niño se despierte espontáneamente cuando debe comer. Si todavía no lo hace, por su menor edad gestacional o poco peso, los padres lo despiertan cada 2 a 3 horas. El momento de la alimentación e higiene, es ideal para compartir los cuidados con otras personas, siempre en un ambiente de serenidad y contención.
Si bien al principio el recién nacido no distingue entre el día y la noche, la familia puede mostrarle las diferencias. De día se deja entrar la luz, los sonidos del hogar son los habituales. De noche, las luces son tenues y las voces bajas. El sueño nocturno es cada vez más prolongado a medida

que se logra una alimentación adecuada y se alcanza entre el segundo y tercer mes de vida.
Cuando el niño tiene 8 meses de edad corregida puede aparecer la angustia ante los desconocidos, o en ausencia de la madre, y los terrores nocturnos. Es una etapa transitoria que requiere paciencia y contención sin recurrir a costumbres que luego resulten perjudiciales para el niño, como llevarlo a la cama de los padres o alimentarlo por la noche. Es preferible acompañarlo hasta que se tranquilice y dejarlo nuevamente dormido en su cuna.

11. El llanto

El idioma del niño es simple. Se expresa con el llanto. Los padres se preocupan porque temen no comprender el motivo del llanto. Deben saber en primer término que los niños "hablan" de esa manera, que no "regulan" la intensidad del llanto, que no es proporcional a lo que sucede. La actitud de los padres debe ser tranquila, contenedora. Se puede alzar al niño, abrazarlo, anidarlo, colocarlo boca abajo sobre el antebrazo, darle masajes en la parte baja de la columna vertebral (región lumbar) y tener paciencia hasta que pase el llanto. Si el niño no presenta ninguno de los signos de alarma que se mencionan más adelante, no es motivo de preocupación.
Cuando se hacen estas cosas para darle contención a un niño que llora, no hay riesgo de malcriarlo. El contacto piel a piel, los masajes o acunarlo, son formas de favorecer el desarrollo neurológico. Esto es especialmente importante en los primeros meses de vida, cuando el niño está en pleno crecimiento y maduración.

12. El chupete

El chupete satisface el reflejo de succión no nutritiva y es una actividad gratificante. En la vida intrauterina el niño encuentra placer en la succión de su propia mano. Luego al nacer, el pecho materno es la Fuente de placer y consuelo. Durante la primera semana de vida en que el niño necesita alcanzar un buen vínculo afectivo con sus padres y una lactancia materna satisfactoria, es recomendable no utilizar el chupete sino ofrecer libremente el pecho al bebé. En algunas circunstancias en que el recién nacido no puede ser puesto al pecho, como

puede ser un prematuro en su etapa crítica, el chupete cumple una función como medida de contención ante situaciones de estrés y luego como estímulo y aprendizaje del reflejo de succión.
Cuando el niño ya se encuentra en el hogar, durante los primeros días es aconsejable darle prioridad al vínculo y a la promoción de la lactancia, si es amamantado. Sin la interferencia que significa la internación en Neonatología, la atención a demanda y la puesta frecuente al pecho, contribuyen a esos objetivos. El uso del chupete como consolador en caso de llanto, es una forma más de tranquilizar al niño, luego de comprobar que no requiere de otros cuidados como alimentación o higiene.
Una vez que se ha logrado la adaptación al hogar, el uso del chupete tiene que ver con la protección de la vida durante el sueño, en el primer año de vida. Se conoce que los niños que duermen con chupete tienen menor riesgo de muerte súbita en la cuna. El chupete ejerce un efecto beneficioso sobre el patrón respiratorio del niño. No se los puede obligar a usar chupete, pero si lo acepta, es muy importante respetar este hábito protector en todas las oportunidades en que el bebé es puesto a dormir.

13. El primer control

El primer control suele ser precoz y sirve para observar la adaptación tanto del bebé como de su familia a la nueva etapa, y aclarar dudas. Este control puede ser realizado en la misma institución donde el niño estuvo internado, en un centro de menor complejidad cercano al domicilio de la familia o por el médico pediatra de cabecera. La fecha del primer control se programa antes del alta y los padres concurren a él con el resumen de historia clínica que les dieron en la Unidad de Neonatología.

14. El trabajo interdisciplinario

Los niños prematuros que tuvieron una internación prolongada o nacieron con menor edad gestacional, pueden tener en los primeros años de vida dificultades con su crecimiento, la adquisición del lenguaje o el momento de dar sus primeros pasos, trastornos visuales o auditivos. Al comenzar la escolaridad es importante controlar el proceso de aprendizaje. Cuanto antes se detecte cualquier dificultad, es más fácil proporcionar el apoyo necesario.
Si el seguimiento lo realiza un equipo interdisciplinario puede abarcar en una misma visita aspectos tan diversos como el crecimiento, la evaluación nutricional, el neurodesarrollo, el control oftalmológico, el auditivo, los controles de laboratorio y los tratamientos pendientes.
Los equipos de seguimiento pueden estar constituidos por médicos

pediatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, con la participación oportuna de un oftalmólogo, fonoaudiólogo, neurólogo, kinesiólogo o estimulador. En algunos casos también interviene un neumonólogo o cardiólogo.

15. Seguimiento: pautas de normalidad y signos de alarma

La edad corregida

Cuando un bebé prematuro regresa al hogar, tiene una edad en días de vida, según la fecha de nacimiento, pero desde el punto de vista de su maduración tiene la edad gestacional que corresponde a las semanas que transcurrieron durante el embarazo y durante su estadía en la Unidad de Neonatología.

Por eso, puede volver al hogar con “3 meses” de vida, pero si nació a las 28 semanas de embarazo, apenas habrá alcanzado al momento del alta, las 40 semanas de gestación, es decir, que será como un bebé recién nacido de término. No se puede esperar que tenga conductas propias de un niño de “3 meses”. Cuando este niño tenga 5 meses de edad, por la fecha en que nació, su edad corregida va a ser de apenas 2 meses.

Para no interpretar erróneamente las pautas de maduración de los niños prematuros, se utiliza la edad corregida que nos dice qué edad tendría si hubiera nacido en la fecha probable de parto, a las 40 semanas de gestación.

La visión

Los controles visuales que comenzaron durante la internación, deben continuar luego del egreso. Al momento del alta, el bebé puede fijar la mirada por unos instantes; el rostro humano y en particular los ojos, son las imágenes que más llaman su atención. Su distancia focal (distancia con la mejor visión) es la que separa su rostro del rostro de la persona que lo sostiene en brazos.

La visión mejora rápidamente durante el primer año, pero alcanza su mayor perfección recién hacia la edad preescolar. El control visual es especialmente importante en los niños prematuros que nacieron con menos semanas de gestación, menos peso o estuvieron más delicados durante su internación en la Unidad. Además del control de la retina, es necesario detectar otros problemas como la miopía o el estrabismo.

La audición

Antes del alta de la maternidad, seguramente el bebé fue controlado por un fonoaudiólogo con una prueba auditiva sencilla, las otoemisiones acústicas, para ver el funcionamiento del oído interno. Esta prueba se realiza colocando en el conducto auditivo un pequeño auricular que emite un sonido. Si el oído interno del bebé funciona bien, aparece una respuesta que se registra en la pantalla del equipo. Esta prueba se puede hacer en cualquier momento, con el niño tranquilo. Dura 5 minutos y no ocasiona ninguna molestia.

Antes de los 3 meses, se realiza otra prueba llamada Potenciales Evocados Auditivos para ver cómo está el nervio auditivo que lleva los sonidos hasta el cerebro. Se coloca en el conducto auditivo un auricular que emite un sonido y pequeños sensores (electrodos) sobre la piel de la cabeza atrás de las orejas y en la frente, para medir la velocidad con que llega el sonido hasta el cerebro. Esta prueba dura 30 minutos y debe hacerse con el niño dormido.

Algunas enfermedades pueden afectar la audición mucho después del alta de la maternidad. Es el caso de las infecciones intrauterinas o el uso prolongado de antibióticos y de asistencia respiratoria. Es importante seguir con los controles auditivos aunque los primeros sean normales. Si el niño escucha mal, también tiene dificultades para comenzar a hablar e integrarse en la sociedad.

Cuando se detecta un problema hay muchas formas de ayudar al niño a escuchar mejor. De esta manera se asegura que tenga una adaptación mejor al medio familiar y social.

El lenguaje

Los progresos en el lenguaje son indicadores de una buena audición y maduración neurológica. No todos los niños adquieren el lenguaje con la misma velocidad. Depende de su estado de salud, cómo es la familia, si recibe estímulos, si le hablan, leen y juegan con él.

Al margen de las diferencias, hay pequeñas pautas de normalidad que pueden servir de guía a los padres para saber si los progresos del niño son los esperables para su edad: primero emite sonidos guturales, luego las vocales a los 3-4 meses, a los 6 meses aparecen las consonantes, a los 9 meses las sílabas, al año pronuncia algunas palabras, a los dos años dice frases simples y a los tres años se hace comprender por personas que no viven con él.

El crecimiento y desarrollo

Durante la internación en la Unidad, los padres aprenden a relacionarse con su hijo, a estimularlo en la medida de sus posibilidades para favorecer su neurodesarrollo. En algunas unidades, hay personas especializadas en este tema, que se llaman estimuladores. Ellos enseñan a la familia cómo ayudar al bebé a progresar en sus habilidades. También forman parte de los equipos multidisciplinarios de seguimiento de los recién nacidos prematuros y enseñan a la familia, cómo estimular a su bebé para lograr el mejor desarrollo.

En el hogar, los padres, hermanos y otros familiares cercanos son excelentes estimuladores a través del juego, la movilización y los estímulos. La lectura y la música, adecuadas a cada edad, son formas de interacción entre la familia y el niño.

Al margen de las dificultades que haya tenido el niño por su nacimiento prematuro, con el cariño y la estimulación de su familia, se lograrán los mejores resultados posibles para él.

16. La prevención de infecciones

Todos los niños son un poco indefensos antes las infecciones, por la inmadurez de su sistema inmunológico. Las defensas de los primeros meses de vida, dependen de los anticuerpos que el niño recibió a través de la placenta durante el embarazo, luego de los anticuerpos que la mamá le pasa a través de la leche y finalmente de los anticuerpos que el propio niño produce cuando recibe las vacunas habituales.

En el caso del nacimiento prematuro no hubo suficiente pasaje de anticuerpos a través de la placenta, no siempre se logra mantener la lactancia materna y la capacidad de generar los anticuerpos propios también es menor en estos niños.

Hay situaciones que se conocen como de mayor riesgo para infecciones respiratorias: ausencia de lactancia materna, vacunación incompleta, exposición al tabaco durante el embarazo o en el hogar, concurrencia a una guardería y hacinamiento. También las infecciones son más graves en niños con problemas nutricionales, respiratorios crónicos o cardíacos.

Las infecciones respiratorias en su mayoría son de origen viral: resfrío, bronquiolitis, neumonía. En los niños más grandes y en los adultos no suelen ser graves. El contagio se produce por las manos sucias que tocan al bebé o las cosas que utiliza, los besos en la cara, los estornudos y la tos.

Para la mamá es indispensable seguir atendiendo a su hijo aunque esté con una infección respiratoria viral. Tendrá que usar un barbijo o un

pañuelo que le cubra la nariz y la boca, para no estornudar o toser cerca del bebé, lavarse muy bien las manos antes de atenderlo y no suspender la lactancia.
La familia que convive con el niño, si está cursando un cuadro infeccioso respiratorio, es preferible que no se acerque al bebé, en particular los hermanos, si no comprenden por su corta edad los riesgos de transmitir el virus a través de las manos, los besos, el estornudo o la tos.
Otras personas enfermas, familiares o amigos no debieran acercarse a la casa donde hay un niño pequeño. No sólo se debe evitar el contagio de este, sino también el de los padres que son sus cuidadores.

17. Las vacunas y los anticuerpos

Las vacunas son medicamentos que ayudan a crear defensas contra ciertas enfermedades. No todas las enfermedades se pueden prevenir con vacunas por eso es tan importante respetar las normas de prevención de infecciones que mencionamos antes.
La primera vacuna que reciben los niños al nacer es la vacuna contra la hepatitis B. Esta enfermedad se transmite desde una mamá que tiene hepatitis B, a su hijo en el momento del nacimiento. La vacuna administrada en las primeras 12 horas de vida, protege al niño del contagio. Luego se refuerza junto con otras vacunas a los 2 meses, 4 meses y 6 meses de edad. Los niños que nacen con menos de 1500 g, si su mamá no tiene hepatitis B, reciben su primera dosis de vacuna contra la hepatitis B a los 2 meses de edad.

La vacuna BCG protege contra la tuberculosis. Dado que la tuberculosis se contagia por convivencia con una persona tuberculosa, es importante que el niño la reciba cuanto antes si hay un enfermo tuberculoso en el hogar o concurre a una guardería, donde se ignora el estado de salud de los cuidadores y empleados.
La vacuna se da en el brazo, no produce fiebre; puede aparecer una pequeña dureza en la zona de la vacuna, tres semanas después.
A los 2 meses de edad cronológica del niño se comienza con las vacunas contra difteria, coqueluche (tos convulsa), tétanos, poliomielitis y contra las enfermedades producidas por el *Hemophilus* (neumonía y meningitis).

Luego de los 6 meses, se puede aplicar la vacuna antigripal y al año la triple viral que lo defiende del sarampión, la parotiditis (papera) y la rubeola.
También se debe proteger a estos niños del virus respiratorio sincicial que es el causante más común de bronquiolitis. Como no hay una vacuna contra este virus, se administran directamente anticuerpos, una vez por mes, desde Abril hasta Agosto inclusive.

Estos anticuerpos son muy caros y están reservados a los grupos de niños de mayor riesgo. La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda administrarlos al inicio de la estación del virus sincicial respiratorio o cuando son dados de alta durante la misma:
• a los nacidos a las 28 semanas de embarazo o antes, menores de 1 año,
• a los nacidos entre las 29 y 32 semanas, menores de 6 meses de edad,
• a los nacidos con 33 a 35 semanas, menores de 6 meses con 3 o más factores de riesgo: menos de 10 semanas de vida al alta, sin lactancia materna o con lactancia menor a 2 meses, hermanos o convivientes en edad escolar, asistencia a jardín maternal, antecedentes familiares de asma, hacinamiento en el hogar (4 o más personas por habitación),
• a los menores de 2 años con displasia broncopulmonar que han requerido oxígeno, broncodilatadores o diuréticos en los 6 meses anteriores,
• a los menores de 2 años con cardiopatía congénita grave.

Otra manera de proteger a los bebés prematuros durante los primeros meses de vida, es vacunar a los padres. Antes del embarazo es un buen momento para completar o reforzar las vacunas recibidas en la infancia (triple bacteriana para difteria, tétanos y coqueluche). Si no las recibió antes, durante el embarazo se aconseja una dosis de doble bacteriana (difteria y tétanos) y antigripal (en otoño-invierno) y, en el puerperio una dosis de doble viral (rubéola, sarampión).
El padre puede recibir una dosis de triple bacteriana y la vacuna antigripal en otoño-invierno.

18. La prevención de accidentes

La prevención de accidentes requiere:
• Vigilar: siempre y en todos los lugares.
• Detectar: los factores de riesgo.
• Educar: crear hábitos y actitudes en los niños.
Los accidentes pueden ocurrir en el hogar, durante los viajes en auto o en los paseos y vacaciones.
En el hogar, la familia tiene que aprender a mirar pensando en la seguridad.

Son muchos los detalles que hay que cuidar. En la página de Internet de la Sociedad Argentina de Pediatría, se puede leer el Manual de Prevención de Accidentes que muestra cómo evitar los más comunes: en la cocina, el dormitorio, el baño, el jardín, la pileta, con los alimentos y con los juguetes. Este manual se puede consultar por Internet en el siguiente enlace: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/accidentes.pdf

Merecen un cuidado especial los medicamentos que hay en el hogar, los productos químicos, de limpieza y los insecticidas. Todos los productos se deben guardar fuera del alcance de los niños. La instalación eléctrica debe mantenerse en perfectas condiciones de conservación.

En los viajes, los niños deben transportarse en los asientos de seguridad adecuados para su edad.

Los paseos tienen que ser prudentes. Se aconseja evitar la exposición directa al sol, especialmente en las horas de mayor radiación ultravioleta (10 a 16 horas). Los protectores solares se pueden utilizar a partir de los 6 meses. Deben ser cremas fotoprotectoras con un factor de protección solar mínimo de 15, amplio espectro (contra UVA y UVB), cubriendo la totalidad de la piel expuesta y renovándola cada 2 horas o ante inmersión en agua o transpiración.

Además de las picaduras de mosquitos, que hemos mencionado antes, se deben evitar las picaduras de hormigas, arañas, abejas, pulgas, etc. Se pueden emplear repelentes después de los 2 meses de edad, telas mosquiteros en puertas y ventanas y sobre la cuna o cochecito. Mantener los lugares limpios, sin aguas estancadas, contribuye a disminuir el riesgo.

Algunas plantas comunes del jardín o la huerta, son tóxicas: laurel de flor, cala, difenbaquia, filodendro, agapanto, amapola, azalea, lantana, lobelia, semilla de manzana, hojas y semillas de cerezo, ciruelo, durazno, almendro y damasco, nuez moscada, hoja y tubérculos de papa verde, hojas de tomate, etc. Se debe cuidar que los bebés no se lleven hojas, flores o frutos a la boca.

La Sociedad Argentina de Pediatría ofrece la posibilidad de hacer un Curso de Reanimación Cardiopulmonar para padres. Estos cursos duran pocas horas y capacitan a las personas que cuidan niños, para resolver una emergencia.

19. Recomendaciones para disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante

La muerte súbita de un lactante se produce durante el sueño, sin ninguna causa aparente. Además, en los últimos años ha aumentado el número de muertes por sofocación en la cuna. Las investigaciones médicas han

mostrado que se pueden tomar medidas para disminuir el riesgo de que esto ocurra.

Las recomendaciones actuales para disminuir el riesgo de muerte súbita y otras muertes por sofocación en la cuna durante el primer año de vida son:

- Dormir boca arriba en todas las ocasiones
- Usar una superficie firme cubierta por una sábana ajustable y la ropa de cama hasta nivel de las axilas, bien sujeta, con los brazos libres
- Compartir la habitación de los padres
- No dormir en la misma cama con otras personas
- Retirar de la cuna todos los objetos blandos y la ropa de cama suelta
- Las embarazadas deben recibir cuidado prenatal adecuado
- Evitar la exposición al humo de tabaco durante el embarazo y luego del nacimiento
- Evitar la exposición al alcohol y a las drogas durante el embarazo y luego del nacimiento
- Amamantar por lo menos hasta los 6 meses
- Ofrecer el chupete para dormir una vez que se haya obtenido una lactancia satisfactoria
- Evitar el sobrecalentamiento por exceso de temperatura ambiental o exceso de abrigo
- Cumplir con el calendario de vacunaciones
- Evitar el uso de accesorios que se venden para disminuir el riesgo de muerte súbita (almohadones triangulares, nidos, colchones con huecos para posicionar al bebé)
- No usar monitores cardio-respiratorios a menos que exista una indicación médica
- Utilizar la posición boca abajo con el niño despierto, como estímulo del neurodesarrollo y para disminuir la plagiocefalia posicional (deformación de la cabeza por la posición)
- Difundir estas recomendaciones entre todas las personas que cuidan niños menores de 1 año

Para los padres de los prematuros hay algunas recomendaciones que son diferentes a las situaciones que ellos vivieron mientras su hijo estuvo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Durante la etapa crítica, el bebé dormía boca abajo en un nido de contención. No deben olvidar que en

esos momentos, el niño estaba conectado a un monitor, donde se registraba su frecuencia cardíaca y su respiración. Cualquier pausa respiratoria podía ser rápidamente detectada y corregida.
Los días anteriores al alta, cuando el prematuro se encuentra estable los padres deben aprender a atender al niño e incorporar las medidas de seguridad para proteger el sueño del bebé y luego implementarlas en el hogar: dormir boca arriba, en ambientes frescos y libres de tabaco, sin objetos sueltos en la cuna y con chupete si aceptó usarlo.
Como es habitual que haya otras personas que colaboran en el cuidado del bebé, ellas también tienen que conocer las medidas para disminuir el riesgo de muerte súbita o por sofocación.

20. Signos de alarma

En algunas circunstancias no se puede esperar hasta la fecha del próximo control médico, para preguntar por la salud del bebé.
Los padres, durante la permanencia en la Unidad de Neonatología, se han familiarizado con su hijo y pueden identificar cómo es en situaciones normales: su vitalidad, el color de la piel, su ritmo horario de alimentación y descanso.
Las enfermedades más frecuentes del primer año de vida son las infecciones, en particular las respiratorias. Los signos de alarma pueden ser mínimos, como un cambio de color, el descenso de la temperatura por debajo de los 36°C o el ascenso por encima de 37°C, o falta de interés por el alimento. Otras veces los signos son más evidentes, como cuando aparece tos, catarro, secreciones nasales o una respiración más rápida.
Todos estos son motivos de consulta urgente, antes que aparezcan otros signos de mayor gravedad como pueden ser la dificultad para respirar (se hunden las costillas y el esternón, se mueven las alas de la nariz, se escucha quejido al respirar), la fiebre y la imposibilidad de alimentar al niño.
Los signos de alarma de las infecciones del aparato digestivo suelen ser: vómitos, deposiciones líquidas y abdomen distendido.

21. Fuera del hogar y con otras personas

Desde los primeros días después del egreso de la maternidad, el niño nacido prematuro puede ser cuidado en el hogar por sus padres, otros familiares o personas contratadas para ayudar. Es probable que también deba permanecer por algunas horas al cuidado de otros, fuera del hogar, como es el caso de los jardines maternales y guarderías, o en la casa de un familiar.
La elección del lugar y de las personas debe ser muy cuidadosa. El lugar será adecuado con respecto a higiene, seguridad, ventilación y

temperatura ambiental. Las personas deben ser capaces de cumplir con todas las recomendaciones sobre el cuidado del bebé.
Los conceptos de higiene, alimentación, prevención del riesgo de muerte súbita y sofocación, prevención de infecciones y detección de signos de alarma, tienen que ser compartidos por todos los cuidadores. Si las personas que cuidan al niño son siempre las mismas, se pueden dar por escrito las indicaciones básicas más importantes: lavado de manos para atenderlo, cantidad y características de su alimento, posición boca arriba para dormir, ambientes frescos y libres de humo, ningún objeto suelto en su cuna, y ofrecer el chupete cuando se lo pone a dormir, si lo usa.

22. Teléfonos útiles

Es fundamental que la persona a cargo del bebé, tenga una forma rápida de comunicarse con los padres u otro familiar ante cualquier duda o emergencia, como también con algún servicio médico de urgencias. En un lugar visible de la casa o en varios (al lado del teléfono, en la heladera, en el botiquín del baño) debe haber una lista con los teléfonos más útiles:

- Padre: celular, teléfono del trabajo
- Madre: celular, teléfono del trabajo
- Otros familiares cercanos: abuelos, tíos
- Vecinos o amigos de confianza
- Servicio médico de urgencias
- Centro de intoxicaciones
- Médico pediatra de cabecera
- Otras emergencias: policía, bomberos

23. Conclusión

Cuando la familia deja la Unidad de Neonatología, lleva un niño (a veces más de uno) y mil historias vividas. Conoció un mundo del que antes no tenía ni idea, aprendió tareas de enfermería, se encariñó con los profesionales que cuidaron al bebé, hizo amistades con otras familias, puso a prueba su fortaleza y la de todos sus familiares y amigos, se dio cuenta de sus debilidades y también de las de los otros.
Las cosas por momentos fueron buenas y felices y por momentos fueron duras y angustiantes. La realidad se fue construyendo con ambas partes y al momento del alta, todavía queda mucho camino por recorrer y construir.
Para el futuro, certezas no hay, excepto una; y es que todas las personas tienen la capacidad de ayudar a otros y que todos (entre ellos los prematuros) logran lo mejor de sí mismos cuando se sienten amados.
Este es un hermoso desafío para los padres y sus hijos nacidos prematuros.

Autora:
Dra. Norma Elena Rossato
Médica pediatra y neonatóloga
FUNDASAMIN

Agradecimientos:
A todos los miembros de FUNDASAMIN, a las enfermeras, a los neonatólogos y a los padres de los prematuros, que compartieron su valiosa experiencia cotidiana en nuestras Unidades de Neonatología, para darle vida a este libro.

Editado e Impreso
con un aporte de